



WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 18 ЛЕТ

ДАННЫЕ О ПОДРОСТКЕ ЗАПОЛНЯЮТСЯ САММИ ПОДРОСТКОМ	ИМЯ РЕБЕНКА _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____			
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____			
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ					
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Я завтракаю каждый день.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Я доволен тем, как у меня идут дела в школе и/или на работе.	
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мне есть с кем поговорить.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Я ежедневно получаю физические нагрузки.	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	У меня есть вопросы о сексуальности.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Я отвожу достаточно времени на сон; _____ часов в сутки.		
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____			
<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history	Sleep _____				
Screening:		MHZ	R	L		
Hearing Screen		4000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Hgb/Hct	
		2000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Review Immunization Record	
		1000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nutrition/weight control <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> School Plans	
		500	_____	_____	<input type="checkbox"/> Injury prevention/safety <input type="checkbox"/> Sex education/birth control	
Vision Screen		R 20/_____	L 20/_____		<input type="checkbox"/> Sleep patterns <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Driving & Alcohol	
Development		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol <input type="checkbox"/> STD discussed <input type="checkbox"/> HIV/AIDS discussed	
Behavior		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Self-Exam <input type="checkbox"/> Tobacco Use <input type="checkbox"/> Suicide/Depression	
Social Emotional		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Regular physical activity	
Physical:		Assessment _____				
General appearance		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Chest <input type="checkbox"/>		
Skin		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Lungs <input type="checkbox"/>		
Head		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/>		
Eyes		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/>		
Ears		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Genitalia <input type="checkbox"/>		
Nose		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Spine <input type="checkbox"/>		
Oropharynx/Teeth		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Extremities <input type="checkbox"/>		
Neck		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Neurological <input type="checkbox"/>		
Nodes		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Gait <input type="checkbox"/>		
Mental Health		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>			
Describe abnormal findings: _____ _____ _____						
IMMUNIZATIONS GIVEN _____						
REFERRALS _____						
NEXT VISIT:			HEALTH PROVIDER NAME _____			
HEALTH PROVIDER SIGNATURE _____			HEALTH PROVIDER ADDRESS _____			

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (18 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests, especially in menstruating teens.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Tetanus and diphtheria (Td) Vaccine

- Recommend routine Td boosters every 10 years.

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the US Centers for Disease Control and Prevention.



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 18 ЛЕТ
WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS
(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 18 ЛЕТ

ДАННЫЕ О ПОДРОСТКЕ ЗАПОЛНЯЮТСЯ САМИМ ПОДРОСТКОМ	ИМЯ РЕБЕНКА _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		
	<p>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Я завтракаю каждый день.</p> <p>ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Я доволен тем, как у меня идут дела в школе и/или на работе.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мне есть с кем поговорить.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я ежедневно получаю физические нагрузки.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> У меня есть вопросы о сексуальности.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я отвожу достаточно времени на сон; _____ часов в сутки.</p>		
ВЕС, КГ/УНЦИИ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ	<p>Питание _____</p> <p>Сон _____</p> <p><input type="checkbox"/> Направление к <input type="checkbox"/> Туберкулез <input type="checkbox"/> Холестерин <input type="checkbox"/> Гемоглобин/ стоматологу <input type="checkbox"/> гематокрит</p> <p><input type="checkbox"/> Проверка карты прививок</p> <p>Санитарное просвещение: (отметьте пройденные темы)</p> <p><input type="checkbox"/> Питание/регулирование веса <input type="checkbox"/> Уход за зубами <input type="checkbox"/> Школьные плани</p> <p><input type="checkbox"/> Предотвращение <input type="checkbox"/> Половое воспитание/ травм/безопасность <input type="checkbox"/> регулирование рождаемости</p> <p><input type="checkbox"/> Характер сна <input type="checkbox"/> Курение <input type="checkbox"/> Вождение и алкоголь</p> <p><input type="checkbox"/> Наркотики/алкоголь <input type="checkbox"/> Венерические заболевания <input type="checkbox"/> ВИЧ/СПИД</p> <p><input type="checkbox"/> Самопроверки <input type="checkbox"/> Употребление <input type="checkbox"/> Самоубийства/депрессии</p> <p><input type="checkbox"/> Регулярные физические нагрузки</p> <p>Оценка _____</p>
Обследования:	МГц	Прав.	Лев.
Проверка слуха	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
Зрение	Прав. 20/_____	Лев. 20/_____	
Развитие	Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>		
Поведение	<input type="checkbox"/>		
Социальное/ эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Нарушения:	Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>	
Общий внешний вид	<input type="checkbox"/>	Грудная клетка <input type="checkbox"/>	
Кожа	<input type="checkbox"/>	Легкие <input type="checkbox"/>	
Голова	<input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/пульс <input type="checkbox"/>	
Глаза	<input type="checkbox"/>	Живот <input type="checkbox"/>	
Уши	<input type="checkbox"/>	Половые органы <input type="checkbox"/>	
Нос	<input type="checkbox"/>	Позвоночник <input type="checkbox"/>	
Ротовая полость/зубы	<input type="checkbox"/>	Конечности <input type="checkbox"/>	
Шея	<input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние <input type="checkbox"/>	
Лимфатические узлы	<input type="checkbox"/>	Походка <input type="checkbox"/>	
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Опишите выявленные нарушения:			
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ			
НАПРАВЛЕНИЯ			
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ:		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	

Забота о здоровье в возрасте 18 лет

Что необходимо вашему организму

Ваш стоматолог, скорее всего, сможет сказать, когда у вас появятся зубы мудрости и появятся ли они вообще. Продолжайте ежедневно чистить зубы, используя зубную пасту, содержащую фтор, и зубную нить.

Научитесь быть разумным потребителем услуг здравоохранения, это может сохранить ваше здоровье (жизнь). Попросите у врача форму историй болезни. Заполните ее вместе с родителями и храните в СВОИХ документах.

На протяжении всей жизни вам нужно будет проходить медицинские осмотры. Узнайте у врача, какие профилактические обследования необходимы и когда вам следует их пройти. Измерение кровяного давления? Анализы на холестерин? Мазки Папаниколау?

Маммограммы? Прививки? Когда? Как часто?

Юношам нужно научиться выполнять самопроверку яичек. Риск рака яичек наиболее высок в возрасте 20-30 лет.

Девушкам нужно научиться выполнять самопроверку груди. Вы можете защитить себя, зная свой организм.

Помощь или подробная информация

Как бросить курить: вы можете найти материалы по борьбе с курением в сети Интернет или позвонить в Американское общество по раковым заболеваниям или Американскую ассоциацию по сердечным заболеваниям.

Информация для подростков по вопросам полового развития и воспитания:
www.teenwire.com.

Горячая линия по проблемам насилия в семьях: 1-800-562-6025

Многие общественные центры и колледжи предлагают занятия на тему борьбы со стрессом.

Здоровое поведение

Регулярные занятия физическими упражнениями очень важны. Вам нужно заниматься по полчаса, по крайней мере, три раза в неделю на протяжении всей жизни. Пригласите своих родителей прогуляться или покататься с вами на велосипеде - тогда они также получат физическую нагрузку.

Питание всегда имеет большое значение. Помните, что люди продолжают расти и после двадцати лет. Питание должно быть сбалансированным.

Рацион должен включать фрукты, овощи и продукты, содержащие кальций. Многих проблем в пожилом возрасте можно избежать, если правильно питаться в молодости.

Узнавайте подробнее о диетических таблетках и стероидах, прежде чем их пробовать. Если вы будете принимать эти средства вместо обычных продуктов питания, ваш организм может не получать достаточное количество питательных веществ. Все препараты имеют побочные эффекты, о которых следует знать.

Образ жизни

Если вы курите или используете жевательный табак, найдите программу, которая поможет вам избавиться от этих привычек. Наряду с тем, что табак может быть причиной рака или сердечных заболеваний, его использование вызывает появление неприятного запаха изо рта, а также появление морщин. Подумайте о том, что бы вы смогли купить на сэкономленные деньги.

Научитесь распознавать признаки стресса. Найдите способы расслабления, такие как занятия физическими упражнениями, йогой, творчеством или медитацией. Посетите занятия на тему борьбы со стрессом.

Мужчины и женщины должны знать о планировании семьи, о том, как защитить себя от нежелательной беременности и венерических заболеваний.

Советы, касающиеся безопасности

Не забывайте о безопасности. Используйте солнцезащитный крем. Соблюдайте правила безопасности на работе. Используйте защитные устройства, наколенники, налокотники и т.д., шлемы, опорные пояса для спины, защитные очки.

При любой поездке всегда пользуйтесь ремнями безопасности. Настойчиво требуйте того же и от пассажиров.

Учитесь защищать себя от сексуального или физического насилия. Это никогда не может быть нормальным. Знайте, что вам могут помочь. Если вы знаете, что кто-то в опасности, помогите ему найти убежище или другие средства помощи.